

Ikke-farmakologisk behandling av insomni i allmennpraksis

Et kvalitetsforbedringprosjekt

KLoK-gruppe K-8

Anne Wold, Ida Solberg Svenne, Ingjerd Yddal Bjerke,
Maren Gjerdåker, Attiq Ahmad Sohail, Anders B. Thune,
Tor G. Simonsen (leder)



KLoK-oppgave, Det Medisinske Fakultet

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

UNIVERSITETET I OSLO

Oslo, 27.01.10

Innhold

Sammendrag	3
Del I	
Introduksjon	4
Problemstilling	4
Bakgrunn	5
Kunnskapsgrunlaget	7
Søkestrategi	7
Kunnskapsgrunnlagets pålitelighet	8
Forbedringsarbeidet	9
Observasjon og praksis	9
Tiltak	11
Prosessorganisering og målgruppe	12
Indikatorvalg	13
Evaluering	14
Diskusjon	15
Referanser	19
Del II	
Smågruppens organisasjon, prosess og ledelse	21
Evaluering av gruppearbeidet	23
Evaluering av ledelse	24
Referanser	24
Appendix 1	25

Sammendrag

Vi ville undersøke behandling av primær kronisk insomni i allmennpraksis. Omtrent 10% av den voksne befolkningen lider av primær insomni. Bruken av farmakologisk behandling av denne lidelsen er svært utbredt i allmennpraksis, til tross for at ikke-farmakologisk behandling er vist å være mest effektivt. Vi tok kontakt med flere allmennpraktikere for å få deres tanker om temaet, samtidig som vi søkte i litteraturen for å finne de mest effektive tiltakene.

Resultatet ble et støtteverktøy som skal gjøre det enklere for allmennpraktikeren å ta i bruk ikke-medikamentell behandling. Tanken var å gjøre legen tryggere i behandlingsopplegget og lage en fremdriftsplan for behandlingen. Støtteverktøyet er et skjema som legen kan bruke for å veilede pasienten gjennom et behandlingsopplegg med bruk av søvnhygieniske råd, stimuluskontroll, søvndagbok og søvnrestriksjon. Skjemaet angir diagnostiske kriterier for diagnosen primær kronisk insomni, punktvis fremdriftsplan, og inneholder i tillegg en avrivbar skriftlig del med informasjon som pasienten får med seg hjem.

Som resultatindikator har vi valgt nedgang i reseptforeskrevet hypnotika blant dem med primær kronisk insomni. Som prosessindikator har vi valgt å se på hvor mange skjemaer som faktisk blir brukt i denne samme diagnosegruppen.

Erfaring tilsier at endring av praksis tar tid, ofte år. Men vi tror at nyutdannede leger vil sette stor pris på, og benytte seg av et slik støtteverktøy. Pasientene vil være tjent med mindre forbruk av hypnotika, samtidig som at de får en mer effektiv behandling av sin insomni.

Del I

Introduksjon

Søvn og tilstander knyttet til søvnvansker har høsten 2009 vært et hovedtema i Tidsskriftet for Den norske legeforening (1). Som studenter på 11. semester hadde vi også undervisning i utbredelsen av søvnvansker i allmennpraksis i denne perioden, samt behandling for disse. Mange av oss hadde fra praksisperioden i 10. semester møtt mange pasienter med søvnvansker og utfordringene knyttet til behandling.

Ikke-farmakologiske behandlingsmetoder er å foretrekke som førstevalg for insomni i allmennpraksis (2). Likevel er bruken av hypnotika og benzodiazepiner svært utbredt som behandling for søvnvansker. Dette til tross for dårligere effekt over tid, og til dels betydelig grad av bivirkninger sammenlignet med ikke-farmakologiske metoder.

Vi lot oss derfor inspirere til å skrive vår KLoK-oppgave på nettopp dette fagområdet. Mer spesifikt bestemte vi oss for å ta for oss behandlingen av primær kronisk insomni med ikke-farmakologiske metoder i allmennpraksis.

I forkant av arbeidet kontaktet vi våre respektive praksislærere fra allmennpraksis, og ba dem komme med innspill. Slik fikk vi nok en pekepinn på hvordan insomni behandles i allmennpraksis i dag, samt råd om hvilke tiltak allmennlegene mener kunne vært hjelpesomme i arbeidet med å øke bruken av ikke-farmakologiske tiltak.

Vi ønsker med denne KLoK-oppgaven å presentere et utkast eller forslag til et støtteverktøy som kan brukes i allmennpraksis. Dette støtteverktøyet skal gjøre det lettere for legen å ta i bruk disse behandlingsmetodene overfor pasienter med primær insomni.

• Problemstilling:

Hvordan gjøre det lettere for allmennpraktikere å ta i bruk ikke-farmakologisk behandling ved primær kronisk insomni?

• Bakgrunn

”Med søvnløshet, eller insomni, menes forbigående eller vedvarende vansker med innsovningen eller evnen til å opprettholde søvn, slik at den som rammes, ikke føler seg uthvilt etter nattens søvn, eller kjenner seg trett om dagen” (3).

Bjorvatn et al (2009) (2) angir prevalens av insomni på ca 10%. Heier et al (2005) (3) foreslår at minst ett av følgende tre punkter må være til stede for en insomniadiagnose; forlenget innsovningstid (30 min til 2 timer), avbrutt søvn (mer enn 45 min totalt, eller over 5 oppvåkninger) eller for tidlig oppvåkning (varighet under 6 timer, eller 80% av normal søvnmengde). Videre nevnes tilleggskriterier som dagssymptomer i form av ”tretthet, nedsatt sosial eller yrkesmessig yteevne, nedsatt konsentrasjonsevne, redusert hukommelse etc.”, og varighet over en måned eller minst tre netter per uke. Grensen mellom subakutt/ kronisk insomni settes ved 6 måneders varighet.

Insomniene deles inn i de primære og sekundære former. Undergrupper av primær insomni er ”psykofysiologisk insomni”, ”idiopatisk insomni” og ”søvnagnosi”. Felles for disse gruppene er at insomnien skyldes i større eller mindre grad pasientenes disposisjoner/ reaksjonsmønstre, og ikke kun eksterne forhold, slik en ser ved de sekundære insomniformene (3, 4).

Psykofysiologisk insomni regnes som en vanlig insomniform, og kjennetegnes ved økt aktivisering ved forsøk på å sove. Bjorvatn (2007) (5) trekker her frem årsaker som økt fokus på søvn, og engstelse for å ikke få sove. Disse pasientene tenker mye på søvn, og bekymrer seg over konsekvensene av å sove for lite. Typisk for denne gruppen er en generell overaktivering, også på dagtid. Søvn kommer gjerne når pasienten ikke går inn for å sove.

Idiopatisk insomni oppstår gjerne i barndommen, har et kronisk forløp og varierer lite over tid. Dette er en sjelden form, og man finner her ingen årsaker, som stress eller andre sykdommer (5).

Ved *søvnagnosi* opplever pasienten å sove lite eller ingenting, til tross for at objektive undersøkelser viser normal søvnmengde. Disse pasientene fungerer også bra på dagtid, sett i lys av den søvnmangelen de selv rapporterer. (5) En forklaring her kan være at innsovningsperiodene ikke huskes, slik at pasienten ikke er klar over at hun har sovet mellom

hver oppvåkning. Man husker altså kun våkenperiodene, ikke innsovningene. Dette virker frustrerende, og er på sikt slitsomt.

Bjorvatn (2007) (5) foreslår en generell årsaksmodell for insomni som involverer arvelige, utløsende og vedlikeholdende faktorer. Med arvelige faktorer menes her i hvor stor grad søvn vil affiseres av større livsbelastninger, som skilsmisse, dødsfall i familien etc. Man arver altså en terskel for hvor mye stress som skal til for å forstyrre normalt søvnmønster. Typisk for pasienter med en lav terskel er hang til bekymring, perfeksjonisme og selvoppofrelse. Utløsende faktorer kan være mer eller mindre dramatiske livshendelser, som utløser stressreaksjoner. Av vedlikeholdende faktorer nevnes negativ kognisjon rundt søvnangel, og utvikling av dårlige søvnvaner. Det er gjerne de vedlikeholdende faktorene som blir de dominerende årsakene til insomni på sikt, og disse er også angrepspunkt for ikke-medikamentell behandling.

De fleste med kronisk insomni blir behandlet med medikamenter til tross for at indikasjonen for medikamenter kun er kortvarige eller forbigående søvnvansker. Ved kortvarige akutte søvnplager regnes hypnotika som trygg og god behandling, med få bivirkninger. Langvarig bruk av hypnotika bør unngås på grunn av toleranse, avhengighet og potensielt misbruk. Ikke medikamentell søvnbehandling har langt bedre dokumentert langtidseffekt på insomni enn hypnotika.

Ikke-medikamentell behandling

Vi har flere ikke-medikamentelle tiltak ved kronisk insomni. De viktigste er søvnhygiene, stimuluskontroll og søvnrestriksjon. (2) I tillegg finnes det kognitive teknikker og avspenningsøvelser som av og til kan være nyttig.

Søvnhygiene: Ulike tiltak man kan gjøre for å bedre nattesøvnen, f.eks som å unngå å sove på dagtid, ikke drikke kaffe på kveldstid etc.

Stimuluskontroll: Målet er å korrigere uheldig søvnatferd og å styrke assosiasjonen mellom søvn og seng. Man skal kun bruke sengen til å sove. Ikke spise, lese eller se TV i sengen. Man bør stå opp hvis man ikke får sovet i løpet av kort tid.

Søvnrestriksjon: Tiden i sengen reduseres til den tiden man reelt sover. Derfor bør man kun gå til sengs når man er søvnig. Målet er å øke søvneffektiviteten.

Medikamentell behandling

Det brukes mange medikamenter mot akutt insomni i dag. De vanligste er benzodiazepiner, benzodiazepinlignende hypnotika og sedativa.

Benzodiazepiner virker angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsivt. De er sterk avhengighetsskapende både fysisk og psykisk. Toleranse utvikles etter kort tid.

Benzodiazepiner skal som regel ikke brukes hvis søvnløsheten er kronisk.

Benzodiazepinlignende hypnotika som zopiclon og zolpidem er førstevalg blant hypnotika ved søvnnvanser. Kjemisk er de forskjellige fra benzodiazepinene. Risiko for tilvenning og avhengighet er ikke dokumentert på samme måte som benzodiazepinene, men bør inntil videre vurderes på linje med disse. (6-8)

Andre medikamenter som brukes ved kronisk primær insomni er førstegenerasjons histaminreseptor blokkere. Fordelen er at de ikke fører til avhengighet, men de kan ha uønskede bivirkninger, som økt tretthet på dagtid. (6,7).

Kunnskapsgrunnlaget

• Søkestrategi

Problemstillingen vi ønsker å besvare med dette søket er: Hvilken behandling gir best behandlingsresultat på lang sikt ved primær kronisk insomni? Dette er et kjernespørsmål om effekt. Databasene vi har valgt å gjøre vårt søk i er Cochrane Library, en database som inneholder oppsummert forskning som hovedsakelig omhandler effektspørsmål og MEDLINE Pubmed, verdens største internasjonale database innen medisin, og derfor den mest egnede databasen å søke i for å finne primærartikler innen medisinske spørsmål. Vi har også gått igjennom Statens Legemiddelkontroll s retningslinjer, NEL, norsk elektronisk legehåndbok sine anbefalinger og Norsk legemiddelhåndboks anbefalinger på jakt etter retningslinjer.

Cochrane Library og MEDLINE Pubmed er indeksert etter engelske søkeord. Søkeordene vi har valgt å bruke er : (chronic) AND (primary) AND (insomnia) AND (treatment).

Vi startet vårt søk i Cochrane Library, på jakt etter en systematisk oversikt som tar for seg forskjell i effekt på farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling av kronisk primær

insomni. Søkeordene ga oss her 155 treff. Etter å ha gjennomgått samtlige titler og abstracts vi anså som aktuelle, fant vi at ingen av artiklene var relevante for vår problemstilling.

Videre gjorde vi et søk i MEDLINE Pubmed, med samme søkeord, samt følgende limitis: English, Norwegian, meta-analysis, Randomized Controlled Trial, Review, published: last ten years.

Dette søket gav oss 113 treff, og vi gjennomgikk artiklenes titler samt abstracts vi anså som aktuelle. Kun to artikler var relevante for vår problemstilling. Vi tok da for oss artikkelen i Tidsskriftet som inspirerte oss til denne oppgaven,(2) og gjennomgikk referansene. Vi fant der de to samme artiklene fra PubMed, samt ytterligere to artikler som var relevante for vår problemstilling.(10-13) Vi velger å legge disse artiklene til grunn for vårt kunnskapsgrunnlag.

• **Kunnskapsgrunnlagets pålitelighet**

For å vurdere validiteten av artiklene har vi brukt Kunnskapssenterets retningslinjer, www.kunnskapsbasertpraksis.no. Vi har vurdert artiklene ut fra om de har en klart formulert problemstilling, om designet som er brukt er velegnet for å svare på problemstillingen, om resultatene som presenteres i artiklene er til å stole på, hva resultatene i studiene er og om disse resultatene kan brukes til å besvare vår problemstilling.(9)

Morin et al. ser i sin meta-analyse fra 1994(10) på 59 forskjellige studier med totalt 2 102 pasienter, hvis målsetning var å sammenligne ikke-farmakologisk behandling versus ingen behandling av pasienter med kronisk insomni-diagnose. Denne viser signifikant reduksjon i innsovningstid og bedret søvn blant pasientene som fikk ikke-farmakologisk behandling versus kontrollgruppene. ($P < 0,0001$)

Morin et al. utførte i 1999 (11) en randomisert kontrollert studie der de tok for seg 78 pasienter med kronisk primær insomni som mottok ulike former for behandling; farmakologisk, ikke-farmakologisk, kombinasjonsbehandling og placebo. Denne viste signifikant bedret søvnkvalitet hos alle gruppene som mottok aktiv behandling, men den ikke-farmakologiske behandlingen hadde bedre effekt i et langtidsperspektiv.

Sivertsen et al.(12) har gjort en randomisert kontrollert studie der de sammenligner effekten av behandling med Zopiklone og kognitiv atferdsterapi, CBT, ved kronisk primær insomni. Studien tok for seg 46 individer med en gjennomsnittsalder på 60,8 år SD +/-5,4. Individene ble randomisert til å motta Zopiklone, CBT eller placebo og ble fulgt opp med 6 ukers og 6 måneders kontroll. Studien fant at CBT hadde bedre umiddelbar og langsiktig behandlingseffekt ved kronisk primær insomni sammenlignet med både Zopiklone og placebo.

Omvik et al.(13) har sett videre på pasientmaterialet samlet av Sivertsen et al. (12) De har sett på om type behandling, CBT vs Zopiklone, gir noe utslag på dagtidfunksjon, men fant ikke noe forskjell mellom gruppene for denne utfallsparameteren.

Forbedringsarbeid

• Observasjon og praksis

Under praksisperioden i allmennpraksis fikk vi et inntrykk av at det er ulik tilnærming til insomnibehandling. Veien til reseptforskrivning av hypnotika syntes til tider kort, og den ikke-medikamentelle behandlingen syntes noe usystematisk.

Får å få et inntrykk av klinisk praksis, tok vi kontakt med praksisveilederne våre for å høre hvilke tanker de hadde om insomni og behandling av insomni. Vi sendte ni henvendelser pr. mail med spørsmål, vi fikk svar fra fire. Vi spurte bl.a. om hvilke behandlingsmetoder de brukte, om de syntes insomni-behandling var utfordrende, om de hadde noen tanker om hvorfor det skrives ut såpass mye hypnotika, og om tidsaspektet kan være avgjørende for at ikke-medikamentell behandling blir brukt hyppigere. Til slutt ba vi om råd og tanker om hvilke tiltak som kunne vært gjort for å gjøre det enklere for fastlegen å intervenere ikke-medikamentelt.

Legene som besvarte henvendelsen var alle positive til ikke-medikamentell behandling, Dette er kanskje en selektert gruppe fordi legene som ikke besvarte henvendelsen muligens er mindre interessert. Samtlige oppgav å gi slike pasienter en innføring i søvnhygiene, noen ga også ut skriftlig informasjon eller henviste til aktuelle nettsider, én ga også råd om valerina. To av legene syntes det var utfordrende å forsøke ikke-medikamentell behandling når

pasienten har klare preferanser om hypnotika. De to andre mente at dette ikke var et problem hvis man formidlet det på riktig måte, og ga informasjon om virkninger, bivirkninger og mangel på virkning over tid. På spørsmål om den hyppige utskrivning av hypnotika svarte legene at medikamentell behandling er en rask løsning og pasientene har forventning om å få en resept. Legene problematiserer også at det ofte er 2. linjetjenesten som forskriver hypnotika som fastmedisin første gang. Alle er enige om at tidsaspektet ved ikke-medikamentell behandling er en utfordring; det går forttere å skrive ut en resept på hypnotika.

Legene hadde flere forslag til tiltak for å gjøre ikke-medikamentelle metoder enklere for fastleger:

- takstendring
- gjøre legen tryggere i ikke-medikamentell behandling
- befolkningsopplysning gjennom media
- opplysning til leger. Kurs
- kurs, som gir kurstimer, ikke sponset av legemiddelindustrien.
- alltid forsiktig med 1. gangsforskrivning
- kampanje i 2. linjetjenesten
- pasientrettet skriftlig informasjon.

Vi sendte også et brev med de samme spørsmålene til Arne Fetveit, som er universitetslektor, praktiserende allmennlege og som har forsket på søvnforstyrrelser. Han mener at det noen ganger kan være vanskelig for en allmennlege å ”selge” den ikke-medikamentelle behandlingsmetoden. Derfor er det viktig at legen selv føler seg nogenlunde trygg på behandlingsprinsippene. Et nyttig verktøy ville være en orientering om prinsippet for behandlingen, hvilke pasienter som er egnet for slik behandling (primær insomni) og en ”kokebok” over behandlingstiltakene. De fleste allmennpraktikere har dårlig tid og må velge hvilke nye behandlingsmetoder de skal tilegne seg. Derfor bør en slik kokebok være kortfattet og konkret.

• Tiltak

Med innspillene fra allmennlegene og Fetveit, samt kunnskapsgrunnlaget som basis, kunne vi nå gå i gang med utviklingen av et passende tiltak. For å finne det beste tiltaket for vår problemstilling undersøkte vi hvilke forbedringstiltak som er vist å gi best effekt. Videre vurdert hvilke av disse som vil være aktuelle for vår problemstilling. I følge Pasientsikkerhet.no (15) er ”støtteverktøy” et forbedringstiltak som gir moderat god effekt. Og etter Fetveits tips om ”kokebok” for allmennlegene, endte vi med følgende:

Vår kvalitetsforbedringsstrategi innebærer å implementere et støtteverktøy i allmennpraksis som vil gjøre det enklere for legen å iverksette ikke-medikamentell behandling av kronisk primær insomni.

Dette støtteverktøyet skal være et skjema, bestående av to sider, der den første siden er en veiledning til legen, og den andre siden er en oppsummering som pasienten får med seg hjem.

Skjemaet er bygget opp slik:

Første avsnitt av lege-veiledningen tar for seg hvilke symptomer og tegn som er diagnostisk for kronisk primær insomni.

Deretter skisseres behandlingen, som er en tredelt prosess:

Tiltak 1: Søvnhygiene og samtidig stimuluskontroll

Tiltak 2: Søvnloggbok og

Tiltak 3: Søvnrestriksjon.

Veiledningen legger opp til at den første konsultasjonen innebærer gjennomgang av Tiltak 1 med pasienten. (Del to av skjemaet inneholder en oppsummering av denne informasjonen, som pasienten får med seg hjem etter første konsultasjon).

Neste avsnitt gjennomgår føring av søvnloggbok (Tiltak 2), og er ment for andre konsultasjoner dersom Tiltak 1 ikke har gitt bedring av pasientens plager.

Da søvnloggbokføring og søvnrestriksjon (Tiltak 3) er en mer omfattende behandling enn Tiltak 1, kan man utelate dette dersom pasienten har tilfredsstillende effekt av Tiltak 1.

(Det går frem av skjemaet at søvnhygiene alene er ikke et godt behandlingsalternativ, da dette har liten eller ingen effekt.)

Appendix 1 er et utkast til hvordan dette skjemaet kan se ut.

Fordelen med et støtteverktøy i form av et ferdig laget skjema er at det er lett tilgjengelig, billig, raskt å bruke, og oversiktlig for legen. Et skjema som også inneholder en pasientdel, er praktisk og tidsbesparende i og med at man slipper å bruke tid på å repetere listen over søvntiltak, og pasienten behøver ikke å notere store mengder informasjon for å huske alt sammen.

Den største forventede motstand ved et tiltak som dette er nok at det er tidkrevende. Et godt behandlingsresultat er i tillegg avhengig av at både lege og pasient er engasjerte og motiverte for å gjennomføre behandlingen. Tiltaket vi ønsker å initiere vil i de fleste tilfeller ikke gi pasienten umiddelbar effekt, dette gjør at legens rolle som motivator ekstra viktig. Et annet aspekt ved dette er at mange av pasientene nok tidligere har fått hypnotika for søvnvanskene sine. De vet da at det finnes medisin som gir dem effekt med en gang. Dette vil kunne virke negativt inn på pasient-compliance. Vi håper at god pasientinformasjon vil kunne veie opp for mye av dette.

• **Prosessorganisering og målgruppe**

Informasjon rundt intervensjonen og utdeling av støtteverktøyet kunne foregå på lunsjmøter ved de aktuelle allmennlegekontorene. Her vil det også informeres rundt evaluering av intervensjonen i form av prosess- og resultatindikator. Videre beskrivelse av prosessorganisering dekkes under "Evaluering".

I utgangspunktet er det naturlig å tenke på allmennpraktikere som målgruppe, da mesteparten av insomnibehandlingen foregår der. Blant leger i allmennpraksis er yngre leger og turnusleger en naturlig målgruppe. Dette fordi man som ung og uerfaren lege vil ha større bruk for et håndfast og klart definert støtteverktøy basert på kunnskapsbasert praksis. Eldre allmennpraktikere vil kanskje i større grad ha innarbeidede rutiner knyttet til insomni og insomnibehandling og dermed ha mindre nytte av verktøyet, eventuelt vise større motstand ved innføring av metoden. Våre tilbakemeldinger fra allmennpraktikere kan tyde på det.

• Indikatorvalg

Effekten av vår intervensjon for å fremme bruk av ikke-medikamentell behandling av kronisk primær insomni kan måles med en resultatindikator.

Som prosessindikator velger vi å se på antall ”behandlingsskjema” (støtteverktøy) som har blitt benyttet, sammenlignet med det totale antall pasienter med kontaktårsak ”primær insomni” innenfor et gitt tidsrom. Man får her et tall i prosent på hvor mange av de aktuelle pasientene som har fått en konsultasjon hvor ikke-medikamentell behandling har vært i fokus.

Resultatindikatoren vil se på den konkrete effekten av tiltaket, og vårt forslag er her å kartlegge antall pasienter med kontaktårsak ”primær insomni” som får resept på hypnotika, sammenlignet med det totale antall pasienter med denne kontaktårsaken, innenfor et gitt tidsrom. Videre kan man vurdere utviklingen av denne ratioen for en sammenlignbar periode før og etter innføring av intervensjonen.

Krav til god indikator

En god indikator bør være relevant/representativ, valid/gyldig, målbar og pålitelig, mulig å påvirke/sensitiv for forandring, mulig å tolke, være hensiktsmessig med tanke på dreining i prioriteringer, og egnet for å ha klare kriterier og standarder (14).

Resultatindikatoren tilfredsstiller etter vår vurdering i stor grad disse kravene:

1. *Indikatoren er relevant.* Den knytter seg direkte opp mot et av målene ved prosjektet, nemlig redusert forskrivning av hypnotika ved kronisk primær insomni.
2. *Gyldighet (validitet)* sier noe om indikatoren måler det vi ønsker å måle. Nedgang i forskrivning av hypnotika er indirekte et mål på bruk av ikke-medikamentell behandling.
3. *Indikatorens pålitelighet:* Målingen vår foregår ved å gjennomgå journaler innenfor et visst tidsrom hvor kontaktårsaken er primær insomni. Pålitelighet forutsetter at legene er nøye med å journalføre alle hypnotika de skriver ut og at pasientene som henvender seg for primær insomni får det registrert som kontaktårsak. Her er det få feilkilder hvis legen er nøye i sin journalføring.
4. *Indikatorens sensitivitet* er evnen til å avdekke de aktuelle tilfeller. Vi leser fra journalene om pasienter med kontaktårsaken primær insomni får utskrevet hypnotika

eller ei. Reseptforskrivelse registreres som oftest automatisk i journalsystemet. Det bør være forholdsvis enkelt å benytte i praksis, ved en gjennomgang av journaler hvor kontaktårsaken er ”kronisk primær insomni”. Vi anser derfor at vår indikator har høy sensitivitet.

5. Indikatoren skal helst *ikke kunne feiltolkes*, og vi ser få muligheter til dette med vår indikator. Det er enten gitt hypnotika eller ikke gitt hypnotika.
6. *Hensiktsmessig* med tanke på dreining i prioriteringer sier noe om hvorvidt indikatoren i seg selv fører til at man i prosjektet endrer på prioriteringene for å få ønsket målbar effekt. Hvis man i en periode har brukt støtteverktøyet og ikke har fått noen endring av praksis med utskrivning av hypnotika, må man vurdere hvorvidt legen benytter seg av støtteverktøyet så mye som ønskelig.

Dette sistnevnte problematiserer at det kan være hensiktsmessig med en prosessindikator i tillegg. En prosessindikator vil kun gi et bilde av i hvor stor grad man har lyktes i å få leger til å bruke vår behandlingsveileder. Som prosessindikator velger vi å se på antall ”behandlingsskjema” (støtteverktøy) som har blitt benyttet, sammenlignet med det totale antall pasienter med kontaktårsak ”primær insomni” innenfor et gitt tidsrom. Man får slik frem andelen pasienter som har fått en konsultasjon hvor ikke-medikamentell behandling har vært i fokus, ved hjelp av vår behandlingsveileder. Vi anser også prosessindikatoren som en god indikator med henblikk på de overnevnte kriterier. Hver lege på legekontoet får et visst antall skjema, og ved endt prosjektperiode teller man hvor mange som er brukt.

Evaluering

Vårt forbedringsarbeid for fremme av ikke-medikamentell behandling av primær insomni foreslås evaluert som beskrevet under avsnittet ”indikatorvalg” via både prosess- og resultatindikator. På denne måten kan man oppnå pålitelig informasjon rundt i hvor stor grad man har oppnådd resultater (mindre forskrivning av hypnotika). Praktisk gjennomføring kan innebære at helsesekretærene forbereder statistikk på bakgrunn av aktuelle pasientjournaler og opptelling av utdelte behandlingsveiledere, og presenterer denne for resten av de ansatte. En mulighet kunne være at man hadde slike samlinger ved start av intervensjon, og deretter ved 6, 12 og 24 måneder. Slik vil man kunne følge utviklingen i grad av oppnådde ønskede

resultater. Videre kunne man ved disse samlingene diskutere nyoppståtte problemstillinger rundt gjennomføringen av prosjektet.

Man kunne også benytte et eget spørreskjema som evaluerte legers tilfredshet med behandlingsopplegget. Dette kunne deles ut ved evalueringsmøtene som nevnt i forrige avsnitt. Tilbakemeldinger fra allmennlegene kunne gi momenter til forbedring av behandlingsveilederen.

Diskusjon

Kronisk primær insomni er en hyppig diagnose i allmennpraksis, og kan være en utfordring å behandle. Vi har med vårt kvalitetsforbedringstiltak forsøkt å finne det beste tiltaket for å forbedre praksis på dette området.

Kunnskapsgrunnlaget:

Det er ikke gjort all verdens mye forskning på dette feltet, så man kan innvende at kunnskapsgrunnlaget således er litt tynt. Studiene viser imidlertid entydige resultater, nemlig signifikant forskjell i behandlingsresultat, og vi mener derfor at dataene er tilstrekkelig som grunnlag for en endring av praksis.

Måling av indikatorene.

Vi har som resultatindikator å måle bruk av hypnotika før og etter iverksetting av tiltaket. Dette kan vise seg problematisk av flere årsaker. Man kan tenke seg at behandlingen av kronisk primær insomni ikke nødvendigvis vil være farmakologisk eller ikke-farmakologisk, men en kombinasjon av de to. Enkelte pasienter vil ha behov for hypnotika i en kort periode i startfasen før de kan begynne ikke-farmakologisk behandling. På sikt vil dette likevel kunne være den beste behandlingen for pasienten. Pasienten føler seg møtt og dette vil medføre en økt motivasjon hos pasienten til å ta i bruk ikke-farmakologisk behandling. Dette vil imidlertid føre til en feilkilde i målingen av resultatindikatoren.

Prosess:

I jakten på innspill henvendte vi oss til ti allmennpraktikere, hvorav kun fire besvarte vår forespørsel. Disse tilbakemeldingene ble ikke brukt som direkte fundament for vårt kvalitetsforbedringstiltak, men mer som veiledende/rådgivende innspill. Hensikten med dem var å få underbygget vår teori om hvilken type tiltak allmennpraktikere tror kan være hensiktsmessig i deres møte med kronisk primær insomni.

Hadde vi fått tilbakemeldinger som pekte i helt andre retninger, ville vi måttet revurdere vår strategi. Derimot samsvarte innspillene fra allmennpraktikerne godt med vår teori om fornuftige angrepspunkter:

Informasjon (inkludert fremgangsmåte) for legen, slik at han/hun skal bli tryggere på denne formen for behandling, samt informasjon til pasienten, er dekket med vårt støtteverktøy.

Restriksjon med 1.gangs utskrivelse av hypnotika er også dekket da man ved bruk av støtteverktøyet kun benytter ikke-farmakologisk behandling.

På ett område møter vi derimot ikke allmennlegenes innspill, og det er ønsket om kursing av legene. Vi valgte å ikke ta for oss dette punktet, da oppgaven med det ville blitt for omfattende. Imidlertid er det ingen tvil om at implementeringen av et støtteverktøy slik vi beskriver, bør innebære en form for opplæring, nærmere bestemt en redegjørelse for samt gjennomgang av verktøyet sammen med legen som skal ta det i bruk. Et slikt kurs kunne vært arrangert i en lunsjpause på legekantoret, eller ved en annen passende anledning.

Et sentralt spørsmål er hvilke leger dette verktøyet skal hjelpe. I utgangspunktet er det naturlig å tenke på allmennpraktikere, da mesteparten av insomnibehandlingen foregår her. Blant leger i allmennpraksis er yngre leger og turnusleger en naturlig målgruppe. Dette fordi man som ung og uerfaren lege vil ha større bruk for et håndfast og klart definert støtteverktøy basert på kunnskapsbasert praksis. Eldre allmennpraktikere vil kanskje i større grad ha innarbeidede rutiner knyttet til insomni og insomnibehandling og dermed ha mindre nytte av verktøyet, eventuelt vise større motstand ved innføring av metoden? Våre tilbakemeldinger fra allmennpraktikere kan tyde på det.

Tiltaket:

Som metode er det utfordringer og mulige problemer knyttet til støtteverktøyet. Det er i seg selv kun vurdert som et moderat godt tiltak for kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Men når vi tar hensyn til hva som vil tjene vår problemstilling best, mener vi likevel at et støtteverktøy vil være en god løsning for vårt kvalitetsforbedringsarbeid.

Fordelen med et støtteverktøy i form av et ferdig laget skjema er at det er lett tilgjengelig, billig, raskt å bruke, og oversiktlig for legen. Skjemaet konkretiserer behandlingsopplegget, noe som kan bidra til å gjøre legen trygg. Et skjema som også inneholder en pasientdel, er praktisk og tidsbesparende i og med at man slipper å bruke tid på å repetere listen over søvn tiltak, og pasienten behøver ikke å notere store mengder informasjon for å huske alt sammen. Det er viktig at det er et praktisk verktøy, ikke bare en oversikt over retningslinjer. En konkret fremgangsmetode er derfor essensielt for å ta det i bruk.

En rekke **utfordringer** er knyttet til gjennomføring av tiltaket.

En utfordring ved et tiltak som dette er at det er tidkrevende. I stedet for å sende pasienten hjem med en resept etter en konsultasjon, må legen sette av flere konsultasjoner til behandlingen. Også pasienten må være innstille seg på et noe mer langvarig behandlingsopplegg. Et godt behandlingsresultat er i dermed avhengig av at både lege og pasient er engasjerte og motiverte for å gjennomføre behandlingen. Leger med lange ventelister vil kunne få problemer med å finne tid.

Et annet aspekt ved dette er at mange av pasientene nok tidligere har fått hypnotika for søvnvanskene sine. Det vil således kunne være utfordrende for legen å foreslå ikke-medikamentell behandling, særlig hos pasienter som har opplevd at hypnotika har hjulpet dem før. De vet da at det finnes medisin som gir dem effekt med en gang. Dette vil kunne virke negativt inn på pasient-compliance.

Tiltaket vi ønsker å initiere vil i de fleste tilfeller ikke gi pasienten umiddelbar effekt, dette gjør at legens rolle som motivator ekstra viktig.

Pasienter som lider av kronisk primær insomni kan ofte ha dysfunksjonelle oppfatninger om sitt eget søvnbehov og konsekvenser av søvnmangel. Mange vil ha behov for hjelp til å endre disse oppfatningene. Dette sier støtteverktøyet ingenting om.

Man kan hevde at støtteverktøyet vårt er mangelfullt med hensyn på å veilede legen gjennom diagnostiseringen. Samtidig er det holdepunkter for at et slikt hjelpemiddel heller ikke må være *for* omfattende, da det vil kunne føre til at legen kvier seg for å ta det i bruk.

Generelt om innføringen

Det å endre praksis er alltid utfordrende. Utover det vi allerede har drøftet, vil vi kunne møte andre typer motstand.

For eksempel vil enkelte allmennleger kunne motsette seg endring med mindre det vil gi en gevinst, for eksempel i form av økte takster. Men også systemet som helhet vil kunne hindre en forbedringspraksis. Om forbedringstiltaket i 1. linjetjenesten er aldri så vellykket, vil utskrivning av hypnotika i 2. linjetjenesten kunne stikke kjepper i hjulene for tilstrebingen av ikke-farmakologiske behandlingstiltak. Dermed svekkes kvalitetsforbedringen.

Oppgaven vår tar for seg behandling av pasienter med kronisk primær insomni.

Vi tror imidlertid at det er rom for å benytte støtteverktøyet vi har utviklet også ved andre typer søvnlidelser. Et eksempel kan være hos pasienter med forsinket søvnfasesyndrom.

Mange som strever med søvnvansker vil kunne ha nytte av for eksempel å iverksette søvnhygieniske tiltak.

Referanser

1. Lie Anne K, Haugen Trine B (red). Tema: Søvn. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 17-19: 1730-1779, 1884-1905, 2000-2023.
2. Bjorvatn B, Sivertsen B, Øyane N, Nordhus I.H, Pallesen S: Insomni. Tidsskr Nor Legeforen 2009, 17: 1766-8.
3. Heier MS, Wolland AM. Søvn og søvnforstyrrelser. Oslo. J. W. Cappelens Forlag AS 2005.
4. Hunskaar S. Allmennmedisin. 2. Utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.
5. Bjorvatn B. Bedre søvn, en håndbok for deg som sover dårlig. Bergen. Vigmostad & Bjørke AS, 2007.
6. www.legemiddelhandboka.no, 11.11.09
7. www.felleskatalogen.no, 08.11.09
8. Charney D.S, Mihic S.J, Harris R.A: Hypnotics and sedatives. In: Brunton L.L, Lazo J.S, Parker K.L (eds): Goodman & Gilman's The pharmacological basic of therapeutics, eleventh edition. ISBN 0-07-142280-3, The McGraw-Hill Companies, New York, Chicago, San Fransisco, Lisbon, London, Madris, Mexico City, Milan, New Dehli, San Juan, Seoul, Singapore, Sidney, Toronto, 2006, pp 401-427.
9. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 2. utg. Oslo, Gyldendal akademisk, 2007.
10. Morin C.M, Culbert J.P, Schwartz S.M: Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994; 151: 1172-80.
11. Morin C.M, Colecchi C, Stone J et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 1999; 281: 991-9.
12. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2851-8.
13. Omvik S, Sivertsen B, Pallesen S et al. Daytime functioning in older patients suffering from chronic insomnia: treatment outcome in a randomized controlled trial comparing CBT with zopiclone. Behav Res Ther 2008; 46: 623-41.
14. Holm H A, Frøen J F, Hjortdahl P et al.: KLoK profesjonsutøvelse: Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring. Veileder for studentenes kliniske KLoK-læring i 10., 11. og 12. semester. Universitetet i Oslo 2008.

15.http://www.pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=article&id=66:effektiveforbedringstiltak-hva-virker&catid=20:analyse-av-uonskede-hendelser&Itemid=58

